CONSIDÉRATIONS N° 20

SUR

LES ANÉVRISMES

DE LA RÉGION PLANTAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 20 MARS 1886

PAR

Auguste GROUSSET

Né à Montolieu (Aude)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

Rues Durand et Levat

1886

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN
GRASSET..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale	DUPRÉ (✻ C. ✠).
Anatomie	BENOIT (✻ ✠).
Clinique médicale	COMBAL (✻ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER (✻).
Physique médicale	MOITESSIER (✻).
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON (✻ ✠).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Opérations et appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe Chargé de cours,	CHALOT.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Professeur honoraire : MARTINS (O. ✻),

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✻).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MESSIEURS	MESSIEURS
GARIMOND.	BIMAR.
JACQUEMET.	MOSSÉ (✻).
GAYRAUD.	REGIMBEAU (✻).
DE GIRARD.	BLAISE
SERRE.	BAUMEL.
CARRIEU.	VILLE
MAIRET.	GRANEL.
CHALOT.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DUBRUEIL, *Président ;*
GRYNFELTT, *Professeur ;*
GAYRAUD, GARIMOND } *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance !

A MA SŒUR

A ma tante E. GROUSSET

A. GROUSSET.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A. GROUSSET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur DUBRUEIL

A MES MAITRES

A. GROUSSET.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553210_0150

INTRODUCTION

Au mois de novembre 1885, nous eûmes l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Dubrueil, une tumeur offrant un certain intérêt, moins cependant par sa nature que par son siège. Nous voulons parler d'un anévrisme développé sur le trajet de l'artère plantaire externe à la suite d'un traumatisme ; lésion très rare dans cette région, puisque la science n'a pu jusqu'ici en enregistrer que trois exemples.

En suivant notre habile maître dans l'application des divers moyens de traitement, nous avons pu apprécier les bons effets des uns et l'inefficacité des autres.

Le brillant succès qu'il a obtenu dans le cas qui nous occupe serait de nature à nous rendre enthousiaste, au point de conseiller exclusivement dans tous les cas semblables le procédé qui lui a valu cet heureux résultat ; mais si, faisant un rapprochement entre les quelques observations que nous présentons, nous considérons que quatre guérisons ont été obtenues par l'application d'autant de méthodes différentes, nous resterons convaincu qu'il faut

envisager la question du traitement de ces anévrismes plantaires à un point de vue totalement exempt de préférence pour tel ou tel procédé.

Nous plaçant sur un terrain purement pratique nous exposerons les divers modes de traitement qui méritent d'être mis en usage dans les cas semblables à celui qui nous occupe.

Notre intention n'est pas cependant de passer en revue les nombreux moyens mis en œuvre jusqu'ici ; les proportions de ce travail ne nous le permettent pas, et en outre, la multiplicité même des méthodes serait en opposition avec notre but, qui est de proposer un ensemble de procédés qui pourront être successivement employés.

Nous avons l'espoir que nos Juges sauront se montrer indulgents pour ce petit travail, auquel nous aurions voulu donner un plus grand développement; mais le temps nous a manqué.

Avant de commencer, qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur Dubrueil de sincères remerciements pour nous avoir autorisé à prendre l'observation de ce cas et d'en faire le sujet de notre Thèse inaugurale.

CONSIDÉRATION

SUR

LES ANÉVRISMES

DE LA RÉGION PLANTAIRE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La rareté des anévrimes de la plante des pieds nous explique le mutisme des auteurs, même de traités spéciaux, sur cette question. Scarpa, Pelletan, Dupuytren, Richerand, Velpeau, A. Cooper, Blandin, Chelius, n'ont pas eu pendant leur brillante carrière l'occasion d'en observer un seul cas.

Dans son *Traité des anévrismes*, Broca n'en cite aucun exemple. Malgaigne, qui a réuni de nombreux cas de tumeurs anévrismales, ne nous en indique aucune de la région plantaire.

M. Delorme a fait le premier pas dans cette voie lorsqu'il

a relaté les deux observations de Poland (1) et de Nicoladoni (2) dont nous donnons les détails plus loin.

En consultant un des livres les plus récents de la pathologie externe (3) sur le sujet que nous traitons, nous trouvons que Cadge aurait rapporté un exemple d'anévrisme artério-veineux de l'artère plantaire interne, et que Bryant figure une tumeur appartenant en réalité à cette variété. Mais nos recherches faites dans le but de trouver ces observations ont été infructueuses.

Dans le même ouvrage, nous trouvons mentionné un exemple d'anévrisme de la plantaire externe relaté dans un journal américain (4). Nous regrettons d'être réduit à ranger dans l'historique une pareille observation, dont les détails n'auraient pas peu contribué à rendre notre sujet intéressant ; nous nous estimons encore heureux de connaître la méthode employée dans ce cas, ainsi que le résultat, sur lequel nous nous appuyerons pour discuter le traitement.

(1) Gaz. hebd., 1866, p. 145.
(2) Arch. de Langenbeck, Bd. XVIII, 1875, p. 711.
(3) Poulet et Bousquet, t. III, p. 1123.
(4) Boston med. and surg. journal, 1874.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

En général, les anévrismes sont causés par des traumatismes, par la diathèse syphilitique et par la dégénérescence athéromateuse des artères. Mais souvent aussi la cause nous échappe, et l'anévrisme est dit spontané.

Le petit nombre d'observations que nous avons pu recueillir ne nous permet pas de tirer des conclusions bien autorisées sur l'étiologie, mais nous avons tout lieu de croire que dans la région plantaire ces tumeurs seront bien rarement spontanées.

L'exemple que Nicoladoni rapporte est unique, et encore faut-il faire des réserves, car cet auteur admet la spontanéité de la lésion, parce que sa malade n'avait pas d'antécédent traumatique certain.

Quant aux anévrismes traumatiques, qu'ils soient faux primitifs ou faux consécutifs, nous en relatons trois exemples. Mais nous sommes persuadé qu'il en existe d'autres observations, ne fût-ce que celles de Cadge, de Bryant et celle rapportée par le journal américain *Boston medical*, que nous avons recherchées en vain.

Nous sortirions de notre sujet si nous énumérions les différents modes de traumatisme qui peuvent donner naissance à des anévrismes ; qu'il nous suffise de faire remarquer que la face plantaire du pied est exposée à rencontrer à chaque instant toute espèce d'instruments piquants, tranchants ou contondants. Ainsi, malgré l'accroissement de bien-être dans les classes pauvres, il n'est pas rare de trouver, surtout dans certaines contrées et pendant l'été, des individus qui marchent constamment les pieds nus. On peut aisément entrevoir dans ce seul fait mille chances de traumatisme pour la région plantaire. Certains états professionnels viennent encore les augmenter ; les pêcheurs, par exemple, ont presque constamment les pieds nus, s'exposant par-là à être blessés par des échardes et mille autres choses.

Les couvreurs, les charpentiers, les mineurs, trouvant, dans certaines circonstances de leur travail, plus commode d'ôter leurs chaussures, sont de même naturellement désignés à devenir les premières victimes du traumatisme plantaire.

Ainsi qu'on le voit, nombreuses sont les occasions dans lesquelles les anévrismes traumatiques de la plante du pied peuvent se produire, et nous nous demandons pourquoi on ne les observe pas plus souvent.

CHAPITRE III

ANATOMIE

Nous nous dispenserons de faire ici une description complète de la structure anatomique du pied, car nous ne pourrions que répéter ce qui a été déjà dit par tous les classiques qui ont fait de cette région une étude approfondie. Nous nous contenterons seulement d'entrer dans quelques considérations nécessaires à l'intelligence du sujet que nous traitons, en insistant de préférence sur la distribution des artères.

Le cercle artériel du pied n'est pas assez connu au point de vue des variétés de distribution qu'il peut offrir, et pour peu que l'on s'en tienne à la direction générale des troncs artériels, en laissant de côté leurs anastomoses et surtout leurs anomalies, on s'expose à de fâcheux mécomptes. L'observation que nous présentons plus loin en est un exemple frappant.

Dans le pied, plus qu'ailleurs, les anomalies sont fréquentes, et cependant, c'est la région qui sous ce rapport a le moins excité la curiosité des anatomistes. Cette lacune vient probablement de ce que les lésions artérielles du pied ont offert

jusqu'ici peu d'intérêt au chirurgien à cause de leur rareté.

Mais comme nous avions besoin de ces notions pour nous expliquer la résistance opposée par notre anévrisme aux ligatures multiples qui ont été faites sur les artères, qui seules auraient dû l'irriguer normalement, nous avons été amené à faire des recherches à l'amphithéâtre, où nous avons trouvé trois pièces intéressantes. Toutefois, avant de relater le résultat de nos investigations, qu'il nous soit permis de faire un peu d'anatomie topographique, en nous tenant strictement aux notions nécessaires à expliquer comment l'artère plantaire externe a pu être si facilement atteinte dans le cas qui fait l'objet de notre étude.

On trouve tout d'abord à la plante du pied trois couches d'enveloppes : la peau, le tissu graisseux sous-cutané et l'aponévrose plantaire.

La peau, fortement épaissie au niveau des piliers de la voûte plantaire, devient très fine, au contraire, dans tous les points où elle ne subit pas de pression, c'est-à-dire à la voûte elle-même, et là elle se laisse facilement sectionner par tout corps tranchant ou piquant. La couche de tissu adipeux, très épaisse sur le bord externe, est mince à la partie moyenne et au bord interne.

L'aponévrose plantaire est, de son côté, extrêmement résistante ; elle a la forme d'un triangle dont le sommet est en arrière et la base en avant, et se divise en trois portions continues par leurs bords ; mais précisément en ces points de réunion, elle offre une moindre résistance et peut par conséquent céder davantage à l'action des corps vulnérants.

Aux bords latéraux de l'aponévrose plantaire moyenne correspondent deux dépressions liées à l'existence de deux cloisons intermusculaires qui se détachent à ce niveau de la face profonde.

De cette disposition des cloisons intermusculaires interne

et externe résulte la division de la plante du pied en trois loges : une médiane et deux latérales.

La loge latérale interne contient l'adducteur et le faisceau externe du court fléchisseur du gros orteil, le tendon du long fléchisseur propre.

La loge latérale externe renferme l'abducteur, le court fléchisseur du petit orteil et le dernier interosseux plantaire.

La loge moyenne est la plus large et la plus importante. On y trouve successivement le court fléchisseur commun des orteils, l'accessoire du long fléchisseur commun, les lombricaux, les tendons du long fléchisseur commun et les muscles abducteurs oblique et transverse du gros orteil. Elle contient, en outre, les vaisseaux et nerfs plantaires. L'artère plantaire externe, qui par son calibre paraît être la continuation de la tibiale postérieure, une fois entrée dans la gaîne plantaire moyenne, se porte en dehors en décrivant une courbure à concavité dirigée en dedans, s'accole à la cloison intermusculaire externe et devient très superficielle au niveau de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, entre le court fléchisseur commun et le court fléchisseur du petit orteil. C'est précisément à ce niveau que siégeait la lésion dans l'observation que nous présentons. Elle s'enfonce de nouveau dans la couche musculaire profonde, où elle se termine par son anastomose avec la pédieuse.

De la convexité de l'arcade qu'elle forme partent les trois perforantes qui établissent de larges communications vasculaires avec la pédieuse.

Au niveau de l'interligne tibio-tarsien naissent, de la terminaison de la tibiale antérieure ou du point d'origine de la pédieuse, les deux malléolaires, qui concourent, avec des branches de la tibiale postérieure et de la péronière, à former autour du cou-de-pied un large cercle anastomotique. La pédieuse, au niveau du col de l'astragale ou de l'interligne

stragalo-scaphoïdien, fournit en dehors la dorsale du tarse, gros tronc dont les branches s'abouchent dans le cercle artériel du cou-de-pied et dans la plantaire externe du pied. Au niveau de l'interligne scaphoïdo-cunéen naît une branche articulaire ; un peu plus bas se détache la dorsale du métatarse, qui, par les perforantes et les interosseuses dorsales, communique encore avec la plantaire externe.

Est-il besoin de rappeler, enfin, que le tronc de la pédieuse se continue à plein canal avec celui de la plantaire externe ? En dedans, en arrière et en avant du tubercule scaphoïdien, on trouve deux collatérales ; plus bas, au niveau de l'interligne scaphoïdo-cunéen se détache une branche qui, comme les précédentes, se rend dans la plantaire interne.

En somme, pédieuse, plantaire externe, plantaire interne, gros tronc du cou-de-pied, communiquent largement, en des points rapprochés, par d'importantes collatérales, qui forment un véritable réseau vasculaire et qui ne sont pas séparées à leur origine par un intervalle supérieur à 1 centimètre.

Mais la plantaire externe peut en outre recevoir du sang des artères péronières antérieure et postérieure par l'intermédiaire de la dorsale du tarse et de la malléolaire externe. Voici, en effet, les diverses anomalies qu'il nous a été donné d'observer :

1re Pièce. — La dorsale du tarse, assez volumineuse, prenait naissance à 0,01 cent. au-dessus de l'origine de la pédieuse, dont le calibre était moindre qu'à l'état normal. La dorsale du tarse allait se jeter dans la plantaire externe, et en passant devant l'articulation tibio-péronière recevait la péronière antérieure. Du côté interne du pied nous voyons la malléolaire interne naître à peu près au même niveau que la dorsale du tarse et descendre très obliquement pour aller se jeter dans la plantaire interne.

2e *Pièce.* — L'artère péronière antérieure, qui était très développée, fournissait la malléolaire externe et la dorsale du tarse, qui à leur tour allaient s'anastomoser avec la plantaire externe.

3e *pièce.* — La péronière postérieure descendait derrière l'extrémité inférieure du péroné, passait sur l'articulation tibio-péronière et se terminait sur le côté externe du calcanéum ; là, la péronière postérieure se divisait en plusieurs ramuscules, dont deux, plus volumineux que les autres, allaient se jeter dans la plantaire externe, après s'être anastomosés avec la dorsale du tarse et la malléolaire externe.

Nous allons maintenant exposer les anomalies artérielles que M. Toussaint rapporte dans sa thèse sur l'anévrisme de la pédieuse, et qu'il a observées, soit dans ses recherches personnelles, soit sur les différentes pièces qui figurent au musée du Val-de-Grâce.

4e *pièce.* — L'artère dorsale du tarse, qui naît à 0,01 cent. au-dessous de l'interligne articulaire tibio-tarsien, et établit une large communication de la pédieuse avec la plantaire externe, s'anastomose par un rameau qui passe sur la face externe du calcanéum avec l'artère calcanéenne externe, venue de la tibiale postérieure, et avec la péronière postérieure.

5e *pièce.* — La dorsale du tarse naît à 0,015 au-dessous de l'interligne ; elle s'anastomose avec la péronière postérieure en passant au-dessous de la pointe de la malléole externe et avec la plantaire externe.

6e *pièce.* — La tibiale antérieure est d'un calibre moindre qu'à l'état normal. L'artère péronière antérieure, très déve-

loppée, fournit la pédieuse, qui, après un trajet très sinueux, arrive plonger à sa place ordinaire. Au niveau de l'interligne articulaire tibio-tarsien naît l'artère dorsale du tarse, qui fournit l'artère du sinus et va s'anastomoser avec la péronière postérieure et la plantaire externe.

7e *pièce.* — Dans cette pièce, la plantaire externe communique avec la péronière postérieure par l'intermédiaire de la malléolaire externe ; en effet, la malléolaire externe s'anastomose en haut en dehors avec la péronière postérieure et avec la calcanéenne externe, venue de la tibiale postérieure ; en bas, avec la dorsale du tarse ; enfin, par quelques rameaux avec la plantaire externe.

8e *pièce.* — La malléolaire externe naît au niveau de l'articulation tibio-tarsienne ; elle va s'anastomoser avec la péronière antérieure et la calcanéenne externe, venue de la tibiale postérieure. A 0,01 cent. plus bas apparaît la dorsale du tarse, qui communique avec la plantaire externe et la dorsale du métatarse ; celle-ci commence à 0,02 au-dessus de la terminaison de la pédieuse. Entre les deux artères dorsales du tarse et du métatarse existe encore une artériole qui les fait communiquer.

9e *pièce.* — Les malléolaires interne et externe naissent de la pédieuse, qui est normale ; mais la péronière antérieure communique aussi avec la malléolaire externe, qui, à son tour, s'anastomose avec la plantaire externe.

10e *pièce.* — La dorsale du tarse naît à 0,02 au-dessous de l'origine de la pédieuse, mais elle reçoit une anastomose de la péronière antérieure, et de plus elle envoie une anastomose à

la plantaire externe par-dessous le tendon du court péronier latéral. Par conséquent, la plantaire externe communique avec la péronière antérieure.

11e *pièce.* — La pédieuse normale fournit, à 0,04 au-dessous de son origine, la dorsale du tarse ; celle-ci communique avec la péronière antérieure, bien développée, et s'anastomose avec la plantaire externe.

12e *pièce.* — A 0,02 cent. au-dessous de l'origine de la pédieuse existe une anastomose avec la péronière antérieure, qui fournit l'artère dorsale du tarse, laquelle s'anastomose avec la plantaire externe sous le tendon du court péronier latéral.

La possibilité des anastomoses de la péronière postérieure avec la dorsale du tarse, la malléolaire externe et la plantaire externe d'un côté, ainsi que des anastomoses de la péronière antérieure avec ces mêmes artérioles d'un autre côté, nous expliquent suffisamment pourquoi après des ligatures successivement jetées sur les artères tibiale antérieure, tibiale postérieure et pédieuse, les battements de l'anévrisme ont persisté chez l'enfant dont nous rapportons l'observation.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des anévrismes traumatiques ou spontanés des artères plantaires peut offrir quelques difficultés, à cause de l'absence possible d'un symptôme très important et qui fait précisément défaut dans l'observation que nous rapportons. Nous voulons dire le bruit de souffle.

La plupart des erreurs viennent, en effet, de l'omission de l'examen stéthoscopique, ou se sont produites avant la découverte de l'auscultation. Bien que ces difficultés soient réelles, nous pensons qu'on sera autorisé à diagnostiquer un anévrisme lorsque sur le trajet d'une artère plantaire, soit externe, soit interne, on verra une tumeur dont la grosseur varie du volume d'une noisette à celui d'un œuf de poule, de consistance molle, élastique, réductible, animée d'un mouvement d'expansion bien manifeste, de pulsations isochrones au pouls et dont le malade a conscience, ne variant pas durant la compression de la pédieuse.

Mais la compression de la tibiale postérieure d'abord et de la fémorale ensuite, donne pour résultat, dans le premier cas, une diminution de volume de la poche, et dans le second

cas, la cessation des battements et la réduction complète de la tumeur. Enfin les anévrismes survenus à la plante du pied déterminent une gêne et une douleur qui rendent la marche très pénible ; mais ce caractère est peu important, parce qu'il appartient aussi à toute lésion siégeant dans cette région.

Certaines tumeurs peuvent se présenter avec quelques-uns des caractères qui sont propres aux anévrismes, lorsque, par exemple, elles se sont développées sur le trajet d'une des artères plantaires, qui, alors, leur transmet ses battements.

Parmi les lésions qui pourraient être confondues avec l'anévrisme de la plantaire, quelques-unes sont des abcès, d'autres des angiomes, d'autres enfin des cancers pulsatiles.

Dans le premier cas, le diagnostic peut être généralement établi par un examen attentif ; car les abcès ne peuvent guère présenter le mouvement de pulsation et de dilatation qu'on observe dans ces anévrismes. Ils ont, du reste, une marche rapide et franchement inflammatoire.

Mais, nous dira-t-on, le sac anévrismal peut s'enflammer, et dans ce cas, le diagnostic devient bien difficile? Oui, répondrons-nous, si on ne tient pas compte que cet accident est un épiphénomène d'une tumeur existant déjà depuis un certain temps.

La confusion, il est vrai, a été faite, notamment dans le cas que nous rapportons plus loin; mais il faut remarquer que cette erreur a été commise au début de l'apparition de l'anévrisme, et au milieu de conditions particulières de formation de la tumeur.

Par conséquent, la possibilité de rencontrer des anévrismes sans pulsations, sans souffle et avec inflammation du sac est un motif pour apporter la plus grande prudence dans l'ouverture des tumeurs qui apparaîtront à la plante du pied, et qu'on supposera être des abcès, et pour justifier une ponction exploratrice.

En présence d'une tumeur myéloïde de la plante du pied, molle, pulsatile, on pourrait un instant songer à un anévrisme de l'artère plantaire, soit externe, soit interne. Ce fait arriva à Dupuytren dans les circonstances suivantes :

A la suite d'un faux pas, une ouvrière de trente-trois ans vit se développer une tumeur sur la face dorsale du pied, au niveau des deuxième et troisième métatarsiens. Très douloureuse à la pression et spontanément élastique, elle était animée de pulsations isochrones au pouls, mais elle n'était pas réductible. On sentait distinctement en dedans d'elle la pédieuse déplacée ; la peau n'était pas altérée. On crut à un abcès, à une tumeur anévrismale ; on fit une ponction, se promettant d'agir aussitôt en conséquence, si l'on avait affaire réellement à un anévrisme. Cette ponction ne fournit que peu de sang. On enleva la tumeur avec les os. Les cunéiformes et les métatarsiens étaient remplacés par du tissu caverneux.

Vosse (de Christiania) avait aussi trouvé un cas de production myéloplaxique du pied, également pulsatile (Ch. Robin).

Aujourd'hui, cependant, ces tumeurs sont assez bien connues pour qu'on puisse les distinguer des anévrismes. Il faut dire d'abord qu'elles sont très rares dans la région plantaire, si toutefois il y en a des exemples, car les épiphyses des os longs en sont le siège de prédilection ; de plus, on le verra rarement présenter les caractères d'expansion et de souffle, comme dans le cas de Dupuytren.

Enfin, on pourra les reconnaître à leur origine, à leur adhérence aux os, au caractère d'irréductibilité et à leur marche. La tumeur, dure au début, devient plus élastique à mesure qu'elle s'accroît , et lorsque la coque s'est amincie, on perçoit une crépitation parcheminée. Plus tard cette crépitation disparaît, et l'on ne sent plus que des bourgeons mous, presque fluctuants. Abandonnés à eux-mêmes, ces cancers pulsatiles ont une marche très lente, et pendant leur développement les douleurs sont vives.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Dans la région plantaire moins que partout ailleurs, les anévrismes sont susceptibles de guérir spontanément. Au contraire, ils présentent un caractère plus sérieux de gravité, à cause des pressions auxquelles ils sont soumis, si le malade ne se condamne pas à un repos absolu. Ces pressions longtemps continuées peuvent amener l'inflammation de la poche ainsi que des tissus voisins, qui, alors, courent le risque de s'ulcérer et donner lieu à des hémorrhagies fort inquiétantes. Une intervention chirurgicale est donc nécessaire. Or, le pronostic est alors subordonné au procédé opératoire qu'on adoptera.

Observation Première

Dans le fait de l'anévrisme de la plantaire externe relaté sur le journal *Boston med. and surg.*, (1874), la tumeur guérit en quatre jours par la compression des tibiales, jointe à la compression du sac.

Bien qu'écourtés, ces détails sont significatifs; ils prouvent que, dans certains cas, la compression peut rendre de grands services, et que l'on devra toujours essayer de ce moyen avant d'en arriver à une opération sanglante. Mais la guérison a-t-elle été définitive? C'est ce que nous aurions bien aimé de savoir.

Observation II

Le cas suivant se rapproche, par son siège anatomique, autant de l'anévrisme de l'artère plantaire externe que de l'anévrisme de la tibiale postérieure. C'est pourquoi nous pouvons, sans sortir de notre sujet, exposer cette intéressante observation de Nicoladoni.

Anévrisme cirsoïde, par Nicoladoni. (Arch. f. klin. chirurg., vol. XVIII, 4e fasc, p. 711, 1875)

Femme juive, ving-deux ans ; faible constitution. Pas d'antécédent traumatique certain.

Il y a trois ans qu'elle remarqua une tuméfaction dont le volume augmente depuis six mois au point de lui interdire la marche. Le membre inférieur droit, qui a maigri, présente les particularités suivantes : à la face interne du cou-de-pied, entre le tendon d'Achille et la malléole, est une tumeur ovale, pulsatile, présentant un frémissement vibratoire manifeste. Ces deux caractères diminuent sans disparaître par la compression de l'artère tibiale postérieure ; celle-ci est fort dilatée, flexueuse et présente des pulsations considérables : bruit de souffle systolique diminuant par la compression.

La plante du pied présente une tuméfaction, une coloration rosée, des pulsations peu circonscrites ; on y perçoit aussi le souffle, mais le frémissement vibratoire y est faible. Ces désordres sont moins marqués vers la partie antérieure, et disparaissent presque complètement au niveau de la face palmaire des orteils. On trouve des tumeurs analogues à la face dorsale du pied ; les pulsations de l'artère tibiale postérieure se font sentir jusqu'en dehors du tendon d'Achille, et la compression de cette artère détermine un affaissement partiel des tumeurs. L'artère tibiale antérieure est aussi fortement dilatée, depuis l'espace intermétatarsien jusqu'à l'astragale.

Le pied droit est plus chaud que le gauche ; la différence dans le premier espace interdigital atteint 5°,8.

Le 1er novembre 1874, on essaye de la flexion permanente forcée de la jambe sur la cuisse, de la cuisse sur le bassin, en y ajoutant l'action d'un coussin placé au creux poplité. Les

pulsations diminuent, mais les douleurs obligent à renoncer à ce moyen.

Du 10 au 15 novembre, le compresseur de Signorini, la compression avec un coussin à air du 15 au 20 novembre, sont employés sans plus de succès. Le 20 novembre on commence la compression digitale sur la fémorale. Séances de plus en plus prolongées du 20 novembre au 3 décembre. Les tumeurs paraissent durcir; mais le 17 décembre, enfin, on lie la fémorale à sa partie moyenne. Malgré le succès de cette opération et une amélioration passagère, la malade se trouve au mois de mai suivant dans le même état qu'auparavant.

A ce propos, Nicoladoni se demande à quelle opération il faudrait avoir recours; il les juge toutes insuffisantes, jusqu'à l'opération d'Antyllus; la plupart des procédés de ligature auraient des dangers sérieux.

Observation III

Anévrisme cirsoïde du pied. — Ligature successive de la tibiale postérieure, de la pédieuse et de la tibiale antérieure. — Guérison

M. le Dr Poland (*Gazette hebdomadaire*, p. 445. 1866) (1)

La malade, âgée de dix-neuf ans, reçut, il y a six ans, un violent coup sur le pied droit, dû à la chute d'un pupitre. Trois mois après elle s'aperçut d'une certaine gêne dans la marche et d'un gonflement du pied droit à la surface plantaire. Le gonflement augmenta peu à peu et envahit la face dorsale. La marche devenant très difficile, la malade entra à Guy's-Hospital.

Le pied présentait une apparence curieuse.

Les faces dorsale et plantaire sont très tuméfiées ; des artères larges et tortueuses rampent sous la peau, et l'on observe des pulsations dans toute la tumeur. La compression de la fémorale arrête ces pulsations.

Le 24 janvier, M. Poland pratique la ligature de la tibiale postérieure en arrière de la malléole interne. L'artère était très élargie, les parois épaissies. L'opération eut pour effet la guérison de toute la portion plantaire de l'anévrisme, mais la partie dorsale augmenta de volume.

Le 4 février on pratiqua la ligature de la pédieuse à sa partie supérieure. La tuméfaction s'affaissa notablement, mais l'afflux du sang ne parut pas suffisamment arrêté. Une large branche anormale naissant de la tibiale antérieure, juste

(1) Guy's-Hospital, the Lancet, 1886.

au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, descendait latéralement en dedans et en dehors, semblait rétablir la circulation dans les vaisseaux dilatés. Il fallut en arriver à la ligature de l'artère tibiale antérieure, qui fut pratiquée au tiers inférieur de la jambe. Cette artère était très dilatée et ses parois ressemblaient à celles d'une veine. L'opération fut faite vers le milieu du mois d'avril.

Le 1er mai la ligature n'était pas tombée, mais on ne pouvait plus, au toucher ni à la vue, retrouver dans le pied l'apparence de l'affection. Le malade semblait en fait parfaitement guéri.

Réflexions. — M. Terrier (1) dit que malgré le résultat incontestable de Poland, cette pratique des ligatures à distance ne lui paraît pas devoir être suivie de succès, à moins qu'on ne l'emploie comme le fit Demarquay, c'est-à-dire comme moyen adjuvant et préparateur. Celui-ci, en 1868 (2), a mis à profit l'idée de Malgaigne : diminuer l'afflux du sang pour rendre plus facile l'intervention chirurgicale, directement applicable à la tumeur cirsoïde.

Il sagissait d'un enfant atteint d'un anévrisme cirsoïde du doigt, chez qui Demarquay lia d'abord les artères radiale et cubitale, puis fit des injections de perchlorure de fer.

Quant à la ligature de l'artère principale du membre, qui a pour but de suspendre le sang dans un vaste territoire artériel, voici ce qu'en pense M. Terrier :

La ligature de la fémorale a été faite deux fois. Dans un premier cas, il y avait un anévrisme du creux poplité et des dilatations considérables des artères principales de la jambe (tibiale et péronière) qui offraient une disposition flexueuse

(1) Thèse d'agrégation, p. 128, 1872.
(2) Gazette des hôpitaux, p. 117, 1868.

comparable à celle des veines variqueuses. La gangrène du membre survint et le malade mourut.

Dans le second cas, l'ectasie vasculaire était généralisée. Fergusson (1) lia la fémorale. Il y eut gangrène du membre et on l'enleva.

Ces deux observations montrent tout le danger qui résulte de la ligature du tronc principal.

(1) Med. Times. and gaz., 16 aug. 1851.

Observation IV

(PERSONELLE)

Anévrisme traumatique de l'artère plantaire externe. — Guérison

Le sujet de l'observation est un petit garçon de neuf ans, bien constitué, entré à l'hôpital le 16 novembre 1885 et couché au lit n° 24 de la salle Saint-Eloi.

Le 25 août de la même année, cet enfant, qui marchait pieds nus dans la rue, posa le pied droit sur un tesson de bouteille. Ce fragment de verre produisit une plaie vers la partie moyenne de la région plantaire, un peu en dehors de la ligne médiane ; il en résulta une abondante hémorrhagie qui fut arrêtée par la compression.

La plaie des téguments ne tarda pas à se cicatriser.

Un mois environ après l'accident, l'enfant fit une marche assez longue, et le pied devint douloureux, en même temps qu'une tumeur se développait au niveau de la cicatrice. Cette tumeur, qui présentait une fluctuation manifeste, fut prise pour un abcès et ouverte transversalement avec une lancette. L'incision donna immédiatement issue à un jet de sang artériel, qui fut arrêté avec de l'amadou maintenu par une bande. La bande fut laissée en place pendant vingt jours.

Lorsque la plaie fut guérie, le médecin qui avait soigné l'enfant, reconnaissant qu'il avait affaire à un anévrisme, pratiqua la ligature de la tibiale antérieure au tiers moyen de la jambe. Au bout de quelques jours, les parents du malade, voyant que cette opération n'avait eu aucun résultat favorable, se décidèrent à l'amener à l'hôpital Saint-Eloi.

Là, nous pûmes constater, au niveau de la partie moyenne de la plante du pied, un peu en dehors, l'existence d'une tumeur légèrement saillante, paraissant présenter le volume d'une noix. La peau était saine à ce niveau. La tumeur, très fluctueuse, était animée d'un mouvement d'expansion bien manifeste, isochrone à la diastole artérielle ; elle n'était le siège d'aucun bruit de souffle. La compression de la pédieuse n'avait aucune influence sur l'amplitude des battements ; celle de la tibiale postérieure les diminuait sans cependant les supprimer. En comprimant à la fois la tibiale postérieure et la pédieuse, les battements disparaissaient en très grande partie, mais on les percevait encore ; la compression de la fémorale au pli de l'aine les supprimait complètement.

La tumeur était tout à fait réductible. M. Dubrueil résolut alors d'essayer la compression par la méthode de Reid.

En trois reprises il appliqua la bande et le tube élastique, et les laissa pendant vingt minutes en place. Au bout de ce temps il se vit forcé de les retirer, à cause de la vivacité des douleurs accusées par le malade.

On eut recours à la compression de la fémorale, pratiquée avec l'instrument de Broca, sans en retirer aucun bénéfice. M. Dubrueil se décida alors à en venir à une intervention opératoire.

Désirant autant que possible ne pas agir sur la plante du pied, en raison des lésions des nerfs et des gaînes tendineuses que l'on est exposé à produire dans cette région, il voulut essayer la ligature de l'artère tibiale postérieure, derrière la malléole interne. Cette opération fut pratiquée le 24 novembre, et il en résulta une diminution assez notable des battements, qui néanmoins persistèrent d'une façon très appréciable. On voulut alors, à la ligature de la tibiale postérieure, ajouter celle de la pédieuse, espérant en finir ainsi.

Le 4 décembre, la pédieuse fut liée à sa partie moyenne, sans que les battements présentassent une diminution bien évidente. Voyant cela, on prit le parti de recourir à la méthode d'Antyllus ou méthode ancienne (ouverture du sac et ligature de l'artère au-dessus et au-dessous).

Le jour même où M. Dubrueil allait pratiquer cette opération, nous eûmes à l'hôpital la visite de M. Paulet, membre du conseil de santé des armées. Le petit malade lui fut présenté, et on lui fit part de la détermination prise à son égard. M. Paulet conseilla de lier au-desssus et au-dessous du sac, mais sans l'ouvrir, méthode indiquée pour la première fois par Vigier (de Castres). Ce conseil fut suivi.

M. Dubrueil pratiqua au niveau de la tumeur une incision longitudinale, divisant la peau et l'aponévrose plantaire; cette dernière fut en outre débridée transversalement de chaque côté dans une petite étendue. Il sectionna ensuite quelques fibres du court fléchisseur commun et arriva sur la poche anévrismale. Il lui parut que, dans ce cas, il n'avait d'autre moyen de trouver les bouts supérieur et inférieur de l'artère que de disséquer le sac et de rechercher l'insertion des deux bouts artériels sur l'anévrisme. La dissection du sac demanda un temps assez long, après lequel il fut complètement isolé des parties ambiantes. On put alors constater qu'il avait bien le volume d'une noix, et que la portion d'artère située au-dessus du sac avait subi une très notable ampliation de calibre. On appliqua deux ligatures au-dessus et deux ligatures au-dessous. Lorsqu'on se fut assuré que la tumeur ne présentait plus de trace de battements, on recouvrit la plaie d'un pansement de Lister, sans faire la réunion.

Ce traumatisme chirurgical ne fut presque pas suivi de réaction fébrile, car la température prise sur le petit malade le soir de l'opération ne fut que de 37°,4 et ne s'éleva jamais au delà de 37°,6.

Le 29 décembre, nous vîmes que la poche anévrismale présentait une coloration brune.

1er janvier. Le sac anévrismal, paraissant noirâtre et manifestement sphacélé, fut percé avec une sonde cannelée, et par cette ouverture on fit sortir une série de caillots noirâtres et mous ; il n'y avait pas trace de caillots fibrineux. La partie inférieure du sac fut excisée. Pendant ces manœuvres, il n'y eut pas le moindre écoulement sanguin.

Trois jours après, on put enlever avec des pinces le reste du sac.

La plaie n'a cessé de marcher de la manière la plus régulière, et aujourd'hui le malade a quitté l'hôpital, la plaie étant cicatrisée (18 janvier 1885).

Nous ferons remarquer la résistance opposée par cet anévrisme aux ligatures combinées de la tibiale postérieure et de la pédieuse sur des points en somme assez rapprochés de la tumeur, puisque l'une avait été pratiquée derrière la malléole interne et l'autre sur le milieu de son trajet.

Les anastomoses qui unissent les artères de la partie inférieure de la jambe et du pied d'une part, celles qui relient les artères du dos du pied aux artères de la plante, et enfin la possibilité des anomalies, expliquent parfaitement cette résistance.

La ligature au-dessus et au-dessous du sac, sans incision de ce dernier, indiquée pour la première fois par Vigier (de Castres) (1), n'a guère été appliquée qu'aux anévrismes artérioso-veineux. Malgaigne a exécuté cette opération en liant l'artère au-dessus et au-dessous de l'anévrisme sans découvrir ce dernier.

(1) La Grande chirurgie des tumeurs, p. 98.

En somme, cette opération, qu'on peut appeler opération de Vigier, puisque c'est à lui qu'elle remonte, est applicable non seulement aux anévrismes artérioso-veineux, mais encore aux petits anévrismes des extrémités des membres, région où le nombre des anastomoses et les anomalies empêchent le succès de la méthode d'Anel.

Dans la majorité des cas, on ne pourra, comme l'a fait Malgaigne pour l'anévrisme artérioso-veineux, lier l'artère au-dessus et au-dessous sans découvrir le sac, et il faudra disséquer ce dernier pour lier les deux bouts de l'artère.

Nous essayerons de discuter plus loin la valeur respective des deux procédés de Vigier et d'Antyllus.

L'opération a été exsangue; mais si l'on avait eu recours à la méthode d'Antyllus, la bande et le tube d'Esmarch auraient aussi mis entièrement à l'abri de toute hémorrhagie pendant l'opération.

Observation V

Cette observation nous a été communiquée par notre ami Dubouchet, qui l'a recueillie durant ses relations amicales avec le docteur Pangaud, alors médecin des forges de Montluçon.

Anévrisme traumatique de l'artère plantaire externe. — Guérison
(Dr Pangaud)

J. D..., ouvrier dans les forges de Montluçon, se blessa à la plante du pied en marchant, les pieds nus, sur un éclat d'acier. La blessure, saignant peu, parut insignifiante. Il put encore travailler durant quelques jours ; mais plus tard il dut suspendre ses occupations ; il fut obligé même de garder un repos absolu, car la marche était devenue impossible pour lui.

Le docteur Pangaud, alors médecin de l'usine, fut appelé et constata une tumeur qu'il jugea être un anévrisme de l'artère plantaire externe. Il employa les divers moyens de compression qui ne servirent qu'à provoquer un œdème considérable de la jambe correspondante à la tumeur. Après avoir attendu quelque temps en vain, il recourut à la ligature du sac anévrismal en dessus et en dessous, suivant la méthode ancienne, après quoi il appliqua un bon pansement de Lister. Trois semaines après, le malade était complètement rétabli et reprenait son travail, qu'il continue encore aujourd'hui, paraît-il.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Les méthodes qui ont pour but de guérir les anévrismes sont très nombreuses. Il semble, au premier abord, qu'il serait utile de les mettre en parallèle pour savoir quelle est celle qu'il faut adopter. Ce parallèle est tout à fait impossible, et aucune méthode n'a la prétention de primer toutes les autres ; chacune d'elles peut réclamer des succès à son actif. Si tous les anévrismes occupaient le même siège, s'ils étaient tous de même nature, et que par conséquent toutes les méthodes fussent applicables à tous les cas, il serait possible, alors, d'établir entre elles une comparaison rigoureuse, de choisir celle qui offrirait le plus d'avantages, le moins d'inconvénients. Le siège si variable de la tumeur, sa nature, son volume, l'état des parties qui l'entourent, sont autant de questions qui viennent compliquer le problème. Souvent un praticien n'a pas le choix du procédé ; il est obligé de prendre celui qui lui paraît se rapporter le plus au cas particulier. Ce n'est pas qu'il ait une préférence pour tel ou tel autre ; le cas particulier le force à agir ainsi, et il est obligé d'accepter comme

pis aller celui que, dans toute autre condition, il trouverait le plus mauvais.

Nous passerons rapidement en revue tous les procédés qui ont été imaginés ; nous nous permettrons de les apprécier ensuite dans le cas particulier qui fait l'objet de notre Thèse inaugurale.

On peut les diviser en deux grandes classes :

1° Les méthodes directes, qui s'adressent directement à la partie malade ; 2° Les méthodes indirectes, qui, le mot le dit, n'agissent que secondairement sur l'anévrisme.

Les premières peuvent se subdiviser en :

A.— *Méthodes ayant pour but de supprimer la tumeur*:

1° Ouverture du sac (méthode d'Antyllus) ;
2° Extirpation (méthode de Purmann) ;
3° Cautérisation.

B. — *Méthodes ayant pour but de modifier la tumeur* :

1° Styptiques ;
2° Mòscas (méthode de Larrey) ;
3° Méthode endermique ;
4° Acupuncture (méthode de Velpeau) ;
5° Suture entortillée (méthode de Malgaigne) ;
6° Malaxation (méthode de Fergusson) ;
7° Application de la chaleur (méthode d'Everard Home) ;
8° Application des réfrigérants ;
9° Compression directe ;
10° Galvano-puncture (méthode de Guérard et Pravaz) ;
11° Injections coagulantes (méthode de Monteggia).

Méthodes indirectes

1° Traitement médical (méthode de Valsalva) ;
2° Ligature au-dessus du sac (méthode d'Anel) ;
3° Ligature au-dessous du sac (méthode de Brasdor) ;
4° Ligature au-dessus et au-dessous du sac sans l'ouvrir (Vigier) ;
5° Compression indirecte.

Examinons maintenant les divers procédés qui peuvent être employés dans le cas qui nous occupe. La richesse artérielle de la région oblige à exclure certains d'entre eux, qui n'auraient aucune influence sur la poche anévrismale et son contenu. A part cette richesse artérielle normale, il existe quelquefois certaines anomalies qui viennent compliquer la situation et rendre encore moins applicables certains procédés à efficacité déjà douteuse. Dans le chapitre que nous avons consacré à l'anatomie, nous citons plusieurs exemples d'anomalies qui plaident en faveur de notre opinion.

Voici, croyons-nous, les moyens applicables dans ces cas : 1° compression indirecte ; 2° ligature au-dessus et au-dessous du sac sans l'ouvrir (méthode de Vigier, de Castres) ; 3° ouverture du sac (méthode d'Antyllus).

Nous allons expliquer pourquoi ces méthodes nous paraissent préférables aux autres. Examinons leur valeur respective.

1° *Compression indirecte.* — La compression indirecte consiste dans l'application d'un appareil mécanique destiné à comprimer l'artère, soit au-dessus, soit au-dessous de la tumeur anévrismale. Elle a été employée par les anciens sans but déterminé ; c'est à Desault que revient l'honneur d'avoir

eu l'idée de l'appliquer à la cure des anévrismes. Bien que nous ne voulions pas faire ici l'histoire de la compression indirecte, on peut dire qu'elle se divise en trois périodes : 1° période préparatoire ou italienne ; 2° période de création ou française ; 3° période d'application ou irlandaise.

Difficilement adoptée au début, alors qu'elle était mal faite, elle fut, au contraire, bien accueillie plus tard ; en 1845, douze anévrismes poplités ou fémoraux traités par la compression indirecte donnèrent douze guérisons définitives. Elle permet au chirurgien de modérer à son gré l'entrée et la circulation du sang dans l'anévrisme, de provoquer graduellement la dilatation des collatérales, de respecter la perméabilité de l'artère au niveau du point comprimé, de diminuer autant que possible les chances de gangrène. L'artère principale d'un membre étant comprimée, la circulation est ralentie dans tout le segment inférieur de ce membre ; anastomoses nombreuses, anomalies ne sont plus à craindre.

Convenablement appliquée, elle réduit la mortalité à moins de 5 pour cent; la ligature faite dans les conditions les plus favorables la porte au-delà de 25 pour cent.

Moins effrayante pour les malades, elle est, surtout dans le cas actuel, préférable à la méthode d'Anel et à celle de Brandor.

Faites séparément, elles n'interrompent pas le cours du sang d'une manière assez complète ; les anastomoses suppléent facilement à l'artère qui vient d'être liée. La compression indirecte n'expose pas aux inflammations phlegmoneuses, aux hémorrhagies, aux abcès, etc.

Ce genre de traitement n'a pas que des avantages ; il a aussi des inconvénients. La compression digitale serait la meilleure ; impossible dans la pratique civile, elle est toujours difficile dans les hôpitaux, où cependant le personnel est nombreux. Cela excepté, cette compression est la plus efficace et la moins

douleureuse de toutes ; on peut agir sur l'artère sans intéresser les organes voisins, nerfs, veines. On a imaginé un grand nombre d'appareils qui ont tous le même principe, la même partie fondamentale, la pelote. Devant refouler les chairs et éviter les veines et les nerfs, il faut qu'elle soit petite, convexe et dure. Le procédé est excellent sans doute, mais il y a quelquefois des récidives; il faut alors en venir à d'autres moyens que les malades réclament eux-mêmes, exaspérés par la douleur due à la compression.

2° *Ligature au-dessus et au-dessous du sac sans l'ouvrir* (méthode de Vigier, de Castres). — La méthode de Vigier et celle d'Antyllus ont entre elles beaucoup de points de ressemblance ; elles diffèrent cependant en ceci : l'une respecte le sac ; la seconde, au contraire, l'ouvre après ligature préalable au-dessus et au-dessous. Pratiquée par Vigier (de Castres) en 1657, elle porte le nom de double ligature ; c'est la méthode ancienne moins l'incision du sac. Cette opération était spécialement réservée aux anévrismes artérioso-veineux. En effet, le sang contenu dans le sac rentre facilement dans la veine, et on n'a pas à craindre l'inflammation provoquée par la présence de caillots passifs. Dans les cas d'anévrismes purement artériels, nous ne voyons pas l'avantage qu'il peut y avoir à ne pas ouvrir la poche ; cette manœuvre, au contraire, a des inconvénients sérieux : on laisse une masse sanguine inorganisable qui ne peut que provoquer des accidents inflammatoires ; la ligature peut ne pas être rigoureusement faite et le sang peut arriver dans l'anévrisme, condition essentielle pour la formation de caillots passifs, qu'il faut le plus possible éviter. Cet inconvénient disparaît quand on emploie la méthode d'Antyllus. En effet, on opère alors à ciel ouvert ; si un suintement sanguin apparaît, on peut remédier à la constriction imparfaite. Une collatérale peut venir s'aboucher dans le sac

même ; sa présence est décelée par l'issue du sang. La ligature peut en être pratiquée. Si le sac n'a pas été ouvert, cette communication existe à l'insu du chirurgien. Ses conséquences ne peuvent pas être conjurées.

3° *Ouverture du sac* (méthode d'Antyllus). — Les premiers chirurgiens qui osèrent attaquer l'anévrisme firent une incision sur la tumeur. Il dut s'en suivre de terribles hémorrhagies qui firent abandonner le procédé. Il fallait donc trouver un moyen moins dangereux. C'est à Antyllus que revient l'honneur d'avoir créé la chirurgie des anévrismes. Après avoir disséqué soigneusement la tumeur, il jette deux ligatures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous ; après s'être bien assuré que le cours du sang est interrompu dans cette dernière, il fait une incision qui laisse écouler le contenu anévrismal. C'est, croyons-nous, l'opération qui doit être choisie de préférence pour la cure de l'anévrisme de la plantaire externe, alors qu'il a déjà résisté à la compression indirecte.

4° *Extirpation.* — Pour bénéficier des avantages de la méthode ancienne, pour écarter autant que possible la production de fusées purulentes, d'hémorrhagies septiques qui peuvent survenir à la suite de la nécrose du sac, on pourrait tenter l'extirpation de l'anévrisme, s'il est bien circonscrit. L'opération étant rendue exsangue par la bande et le tube d'Esmarch, on peut disséquer la tumeur, évitant les gaînes, les nerfs, l'énucléer en quelque sorte de la loge que lui a formé le tissu cellulaire ambiant. Une antisepsie rigoureuse peut permettre alors de tenter la réunion immédiate ; les moyens précieux que cette méthode met aujourd'hui à notre disposition rendent la chose possible.

La ligature pratiquée à distance est sans doute moins dangereuse ; mais combien cette méthode le cède-t-elle à la première en sûreté ! Si l'on emploie ce procédé, avec quelle facilité le sang reviendra dans la poche, ramené par des collatérales nombreuses, largement anastomosées. Dans l'observation que nous relatons, la compression simultanée de la tibiale postérieure derrière la malléole interne et de la pédieuse atténuaient les battements dans l'anévrisme, mais ne les faisaient pas complètement disparaître. La ligature de ces deux artères n'a pas amené la guérison. « Les anastomoses qui unissent les artères de la partie inférieure de la jambe et du pied d'une part, et celles qui relient les artères du dos du pied aux artères de la plante expliquent parfaitement cette résistance. » (Dubrueil, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 6 février 1886.)

Loin de bannir les autres procédés que nous avons cités, et qui peuvent mettre plusieurs succès en ligne de compte, nous croyons qu'ils sont inapplicables dans le cas particulier qui nous occupe et qu'ils doivent être complètement laissés de côté. Les réfrigérants peuvent amener la mortification des téguments et donner lieu par suite à des hémorrhagies mortelles. La compression directe est très douloureuse et difficilement supportée en général par les malades ; à plus forte raison doit-elle l'être appliquée sur la région plantaire, où les filets nerveux existent en abondance. Nous ramènerons donc le traitement aux quatre procédés déjà énumérés : 1° compression indirecte ; 2° ligature au-dessus et au-dessous du sac sans l'ouvrir (Vigier) ; 3° ouverture du sac (Antyllus) ; 4° extirpation (Purmann).

Nous terminons en rappelant que dans le cas où le sujet porteur d'un anévrisme serait aussi affecté d'une maladie du cœur, il ne faudrait entreprendre aucune opération sanglante, à moins de circonstances exceptionnelles.

Les malades atteints de maladie du cœur seront plus utilement traités par le repos, aidé, autant que le patient peut le supporter, de la compression intermittente.

CONCLUSIONS

1° Les anévrismes de la plantaire externe sont fort rares, la science en possède à peine quelques exemples ;

2° Presque toujours le traumatisme peut seul être invoqué;

3° En raison des anastomoses, nombreuses dans cette région, et des anomalies possibles, la ligature à distance doit être complètement rejetée ;

4° La compression indirecte ne réussissant pas, on doit recourir à la ligature des deux bouts, de préférence par la méthode d'Antyllus ;

5° L'extirpation doit être tentée en dernier ressort ;

6° S'abstenir autant que possible de toute opération sanglante chez les malades affectés aussi de maladie du cœur.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 18 mars 1886.
Le Recteur de l'Académie,
correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 mars 1886.
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIGIER (de Castres). — La Grande chirurgie des tumeurs. 1857.
BROCA. — Des Anévrismes et de leur traitement. Paris, 1856.
HAYEM. — Revue des sciences médicales, t. VI, p. 631. 1875.
NICOLADONI. — Arch. f. Klin. chirurg., vol. XVIII, 4e fasc., p.711.1875.
HOLMES. — Gazette des hôpitaux. 1877.
TERRIER. — Thèse de concours. Paris, 1872.
TOUSSAINT. — Thèse de doctorat. Paris, 1879.
Gazette hebdomadaire, p. 145. Paris, 1866.
Gazette hebdomadaire. Paris, 28 février 1879.
Gazette des hôpitaux, t. V, p. 934. 1878.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !